

Avsender	Spørsmål	Svar
Infeksjonsmedisiner Sørlandet sykehus	Man kan få en situasjon hvor man får 2/3 poeng på QSOFA og CRB65 på 2 poeng. Vil man da vurdere pasienten opp mot QSOFA eller CRB65?	Retningslinjen kan ikke erstatte klinisk skjønn, og de aktuelle scorings-systemene er kun hjelpemidler.
Helse Nord	Det sies at vi skal bruke ciprofloksasin fremfor azitromycin på grunn av at azitromycin er uregistrert. Ampicillin er også uregistrert, men er angitt som behandlingsvalg i de nasjonale retningslinjene. Hvorfor er det gjort forskjell i de vurderingene mtp uregistrerte preparater?	Indikasjonen for azitromycin iv er relativt smal (legionellapneumoni), og legemiddelet har ikke hatt markedsføringstillatelse i Norge til parenteral bruk. Ampicillin iv har vært et viktig middel i norsk terapitradisjon med indikasjoner innen urinveier og gastroenterologi, og er sannsynligvis tilgjengelig ved alle sykehus. Flere parenterale ampicillin-preparater har hatt markedsføringstillatelse, det siste ble avregistrert i 2018, Lege middelverket har arbeidet for å få andre inn på markedet. Om ampicillin skal være blant behandlingsoalternativene må vurderes når vi kommer til de enkelte kapitlene der det kan være aktuelt.
Infeksjonsmedisiner i Helse Møre og Romsdal	Kommentar: KOLS-forverring: Viktig at Amoxicillindosen angis til å være enten 750mgx3 eller 500mgx4 for å ta høyde for Hem.influenzae sin intrinsisk nedsatte følsomhet overfor Amoxicillin.	Det er korrekt. Forslag om endring til Amoxicillin 750mg x 3 vil bli sendt ut til fagnettverket og deretter publisert hvis det ikke er vektige innvendinger.
Farmasøyt i Stavanger kommune	Hei! Har et par spørsmål: Fikk ikke helt tak i hva Per Espen sa, men vil det også stå anbefalt varighet av IV-behandling FØR vurdering av peroral behandling? F.eks ved pneumoni: revider bytte fra IV til po etter maks 48 timer? Eller kun anbefalt totalvarighet (inkludert IV og PObehandling)? Hvordan ligger det an med arbeidet for å lage anbefalinger for antibiotikabruk i KAD/ØHD-avdelinger? Per i dag henviser utkastet til bl.a. lenker til dagens retningslinje for sykehus, men disse lenkene virker ikke lenger...	1. Nei, retningslinjen gir kun anbefalinger for total varighet, parenteral+ evt. oral behandling slått sammen. Når en kan vurdere overgang til oral behandling er en klinisk vurdering, men generelt anbefales en revurdering etter 48-72 timer. 2: Helsedirektoratet arbeider nå sammen med Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) over på Helsedirektoratets plattform. En arbeidsgruppe utarbeidet utkastet til anbefalinger for antibiotikabehandling i KAD/ØHD som ligger på ASP sine nettsider. Helsedirektoratet vil vurdere om anbefalingene for KAD skal inkluderes i retningslinjen. Takk for info om lenkene, meldt videre til ASP som har rettet opp slik at de nå fungerer.
? Sykehjemslege	Hvordan vurderer man en pasient som tidligere fra er kjent til å utvikle sepsis ganske fort, men under nåværende situasjon er stabil? Skal man fortsatt prøve med penicillin?	Det er det ikke noe enkelt svar på. Er det noe sannsynlig infeksjonsfokus? Hva har vært utgangspunkt for tidligere sepsis? Positive blodkulturer? Behandling bør velges ut fra hva som er sannsynlig fokus, evt. hvilken bakterie og om det tidligere er påvist infeksjon med spesielt resistente bakterier.
Mikrobiolog Helse Nord-Trøndelag	Hei, det er ikke riktig, nor Torgun sir, at Haemophilus influenzae skål behandle med Penicillin! Angela Kümmel, Sykehus Levanger HNT	<i>Haemophilus influenzae</i> kan behandles med benzylpenicillin. Fenoksymetylpenicillin er ikke effektivt mot <i>H. influenzae</i> , derfor er amokisicillin valgt som oralt alternativ, slik det framgår av behandlingsanbefalingene. Et annet innspill er at amokisicillin-dosen 500mg x 3 er for lav for å dekke <i>H influenzae</i> . Det stemmer, og dosen vil bli endret til 750mg x 3.
	Teknisk spørsmål: Linkene til OUS eHåndbok virker ikke. Når vil de fungere?	På grunn av de omfattende dataangrepene mot Stortinget og flere sykehus stengte Sykehuspartner tilgangen til metodeboken. Den er nå oppe igjen.
Klinisk farmasøyt Oslo Universitetssykehus	Jeg lurte bare på om det var tiltenkt å inkludere overgang fra IV til PO på samtlige av kapitlene deres? Videre så har undertegnede fått flere spørsmål fra LIS-leger om det planlagt å ha et eget kapittel/subkapittel angående IV til PO overgang? Klinisk farmasøyt OUS	Det er intensjoner om å sette opp orale alternativer der det er fornuftig, relevant, og mulig å finne orale midler med effekt. Vi har fjernet noen av de generelle kapitlene, inkludert overgang iv til oral fordi det er krevende å vedlikeholde disse kapitlene etter en kunnskapsbasert metode og fordi denne informasjonen ofte er tilgjengelig fra andre kilder. En del av vurderingen er også at vi gjennom treffstatistikk vet at disse kapitlene er lite brukt. Det ligger noe informasjon på KAS sine hjemmesider se KAS sine hjemmesider <a href="https://www.antibiotika.no/overgang-fra-intravenos-til-peroral-administrasjon/">https://www.antibiotika.no/overgang-fra-intravenos-til-peroral-administrasjon/</a> .